# MODULO DI RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE AL COLLOQUIO

da compilare e consegnare in occasione della prima richiesta

## CONSENSO PER UTENTI MAGGIORENNI

da compilare se hai 18 anni o più

Nome e Cognome _____ Data di nascita ____ / ____ / _____

Età _____ Comune di residenza _____ Telefono _____

E-mail _____

☐ Dichiaro di aver preso visione delle informazioni sul servizio e acconsento a svolgere i colloqui presso lo Sportello d'Ascolto Adolescenti e Genitori dell'Associazione Metaphora APS.

Firma _____ Data ____ / ____ / _____

## AUTORIZZAZIONE PER UTENTI MINORENNI

da compilare se hai meno di 18 anni (a cura di entrambi i genitori o di chi ha la responsabilità genitoriale)

Nome e Cognome del/la minorenne _____

Data di nascita ____ / ____ / _____ Età _____ Comune di residenza _____

☐ **Autorizziamo** nostro/a figlio/a a svolgere i colloqui presso lo Sportello d'Ascolto Adolescenti e Genitori dell'Associazione Metaphora APS, alle condizioni indicate nel presente modulo.

☐ **Non autorizziamo** nostro/a figlio/a a svolgere i colloqui.

**È richiesta la firma di entrambi i genitori o di chi ha la responsabilità genitoriale.**
In caso di firma di un solo genitore, è necessario specificare di esercitare la responsabilità genitoriale in via esclusiva.

Genitore (nome e cognome) _____ | Genitore (nome e cognome) _____

Firma _____ | Firma _____

Data ____ / ____ / _____

## INFORMAZIONI SUL SERVIZIO

- Lo Sportello d'Ascolto è rivolto **a ragazzi e ragazze dagli 11 ai 18 anni** e **ai genitori** dei ragazzi in questa fascia d'età;
- i colloqui si svolgeranno di norma presso i **Comuni di Siziano** o **di Corteolona e Genzone**, in ambienti **riservati**;
- ad ogni utente verranno garantiti d**a uno a cinque colloqui, completamente gratuiti**; tutto ciò che viene condiviso durante i colloqui è coperto dal **segreto professionale** e non sarà rivelato a nessuno, nel rispetto della **privacy**;
- per i minorenni è necessaria l'**autorizzazione** di entrambi i genitori o di chi ne fa le veci.

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Dichiaro di aver ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e acconsento al trattamento dei miei dati per le finalità connesse al servizio di Sportello d'Ascolto.

☐ Acconsento ☐ Non acconsento

Firma dell'utente (o di entrambi i genitori/tutori per il minore) _____ _____